

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CONSTANTES VITALES																								
FECHA																								
DIA DE INTERNACIÓN																								
DIA POST QUIRÚRGICO																								
PULSO	TEMP	HORA	AM	PM	HS																			
140																								
130																								
120	42																							
110	41																							
100	40																							
90	39																							
80	38																							
70	37																							
60	36																							
50	35																							
40																								

F. RESPIRATORIA X min																								
PULSIOXIMETRIA %																								
PRESIÓN SISTÓLICA																								
PRESIÓN DIASTÓLICA																								
RESPONSABLE																								

C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS																								
PESO (kg)																								
TALLA (cm)																								
PERIMETRO CEFÁLICO (cm)																								
PERIMETRO ABDOMINAL (cm)																								
OTROS ESPECIFIQUE																								

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO																								
INGRESOS	ENTERAL																							
	PARENTERAL																							
	VÍA ORAL																							
	TOTAL																							
ELIMINACIONES	ORINA																							
	DRENAJE																							
	VÓMITO																							
	DIARREAS																							
	OTROS ESPECIFIQUE																							
TOTAL																								
BALANCE HÍDRICO TOTAL																								
DIETA PRESCRITA																								
NUMERO DE COMIDAS																								
NUMERO DE MICCIONES																								
NUMERO DE DEPOSICIONES																								

E. CUIDADOS GENERALES																								
ASEO																								
BAÑO																								
REPOSO ESPECIFIQUE																								
POSICIÓN ESPECIFIQUE																								
OTROS ESPECIFIQUE																								

F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS (aaaa-mm-dd)																								
VÍA CENTRAL																								
VÍA PERIFÉRICA																								
SONDA NASOGÁSTRICA																								
SONDA VESICAL																								
OTROS ESPECIFIQUE																								
RESPONSABLE																								

A. DATOS DEL USUARIO / PACIENTE									
PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
					H	D	M	A	

B. CONSTANTES VITALES																				
FECHA																				
DIA DE INTERNACIÓN																				
DIA POST QUIRÚRGICO																				
PULSO	TEMP	HORA	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
			140	42																
130	41																			
120	40																			
110	39																			
100	38																			
90	37																			
80	36																			
70	35																			
60																				
50																				
40																				

F. RESPIRATORIA X min																			
PULSIOXIMETRIA %																			
PRESION SISTÓLICA																			
PRESION DIASTÓLICA																			
RESPONSABLE																			

C. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS																			
PESO (kg)																			
TALLA (cm)																			
PERIMETRO CEFÁLICO (cm)																			
PERIMETRO ABDOMINAL (cm)																			
OTROS																			

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO																			
INGRESOS	ENTERAL																		
	PARENTERAL																		
	VÍA ORAL																		
	TOTAL																		
ELIMINACIONES	ORINA																		
	DRENAJE																		
	VÓMITO																		
	DIARREAS																		
	OTROS ESPECIFIQUE																		
TOTAL																			
TOTAL BALANCE HÍDRICO																			
DIETA PRESCRITA																			
NÚMERO DE COMIDAS																			
NÚMERO DE MICCIONES																			
NÚMERO DE DEPOSICIONES																			

E. CUIDADOS GENERALES																			
ASEO																			
BAÑO																			
REPOSO ESPECIFIQUE																			
POSICION ESPECIFIQUE																			
OTROS ESPECIFIQUE																			

F. FECHA DE COLOCACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS (aaaa-mm-dd)																			
VÍA CENTRAL																			
VÍA PERIFÉRICA																			
SONDA NASOGÁSTRICA																			
SONDA VESICAL																			
OTROS ESPECIFIQUE																			
RESPONSABLE																			